

他山之石，可以攻玉——

中国医生德国研修心得

2018年9月，通过湖南省卫计委选拔考试，长沙市中医医院（长沙市第八医院）3名医生被选派至德国进行为期3个月的研修学习。近日，医生们顺利归国，其中两位医生写下了此次进修的见闻和学习体会，从侧面反映了德国医疗的可取之处。

针灸康复科主任 高智颖：

感受先进的医疗体系

德国的医疗保险系统与国内有一些相似的地方，比如都只报销基本医疗保险、分级转诊制度等，但也有很多不同的地方，最大的不同就是平等，全德国的人几乎都能享受医保，而且不管是居住在大城市还是偏远农场的人都享受一样的医保，他们没有职工医保、城居医保、省市级医保、农合医保等不同医保的区别。

二是以家庭为中心。一个人的医保可以全家使用，到医院看病治疗无需考虑治疗费用，也无需先垫付费，而是在治疗结束出院后，由保险公司来与医院结账。所以德国的患者在医院住院负担轻，住院很轻松。但是个人需缴纳的医保费用比例还是蛮高的，大约占到了个人收入的15%，而且每年都会有一些微调。保险分为公立保险和私人保险两种。高收入者可以自己选择公立保险或私人保险，普通收入和享受家庭保险的无职业者都是公立保险。私人保险的福利比公立保险的好，比如看病基本不用排队，住院治疗时均有首席医师和教授手术等，当然保险费用也高于公立保险费用。

但是，在这种全民平等医保的条件下，也不是你想住院就可以随时能住的，几乎人人都有自己的家庭医生（也称私人医生），如果患者病情需要住院就诊，私人医生会给患者开转诊单，并把患者的情况以文件的方式转交给医院。患者出院后，医院同样也会把患者的信息再转交给患者的私人医生。

我先后在德国的四家医疗机构研修和观摩，德国医院给我的印象就是安静、有序、人少、工作严谨、医患关系融洽、医生非常受到尊重。在医院任何地方，包括门诊、病房、办公室、手术室、走廊、餐厅都很安静，即使病房住院患者都满了，走廊不会有加床，而门诊患者却很少，这完全得益于严格的预约就诊制度。患者住院期间从门诊、住院、检查、治疗，基本都只有一人在医院，而家属则在家中等待电话，体现出对医院及医生护士的绝对信任。在德国医院，医务人员上班期间是禁止使用私人手机的，甚至手机信号完全屏蔽，他们每人都有一台医院配备的工作手机或者BB机，上班期间只能使用这台手机协调处理工作。

妇科副主任医师 余建：

德国是注重细节的国度，尤其在医学上

在德国，要成为一个医生，首先要经过6年的学习，通过执照考试，其中包括了语言沟通与专业两个部分，随后到医院成为住院医师，选取专业，5~6年后通过全国性的考试而成为一名专科医师。在他们的医师手册首页上写着医生的基本职责，那就是：Competency、Communication、Correctness (or probity)（能力、沟通、正确或诚实）。

与国内不同，每个专科医生都有助理1~2名，所有的操作（比如输液、采血、各种治疗及超声检查等）都由医生组完成，护士负责照顾患者，并配有专门的观察员负责观察患者的恢复情况。患者都采取预约制，医生一天门诊量10~15个左右，专科医生有足够的时间与患者沟通了解病情，制定大致的诊疗计划，行动不便者由医院专车接送。

德国是一个特别注重细节的国度，生活中处处可见，尤其在医学上，从手术间，手术中及手术后，所看到的种种细节都是为了最佳手术效果，最快术后康复。例如术中四肢体位的手足架，防止低体温的“充气升温毯”，预计手术时间>3小时，间歇充气式压力装置的应用无一不是为了保证手术安全和减少手术并发症，“术后快速康复”在这里广泛应用。术中由麻醉师保驾护航，医生则在音乐中从容不迫，在轻松的氛围当中将粘连组织分离到极致，清晰的解剖层次，严格地止血，苛刻的针间对合，虽然组织间隙留存，且从不缝合腹膜和皮下组织，术后伤口愈合不良者确甚是少见。

进修期间，我曾见到一位40岁乳腺癌术后3年、卵巢癌IV期的患者。结肠直肠、膈肌腹膜、腹腔盆腔腹膜均有累及，腹壁还有三个转移性结节，其中一个贯穿腹壁，最大径有约8厘米。手术范围包括子宫双附件、盆腹腔腹膜、膈肌腹膜、大网膜切除，部分降结肠及部分直肠切除并吻合，回肠预防性造瘘，腹壁肿瘤清除后因无法关腹，使用网片重建腹壁。手术从上午9点多到晚上19:00，期间她的主治医生Lampe教授不吃不喝，直至手术完成（所有的手术均由妇科医生完成）。对此，我的内心是震撼的，对高难度手术挑战的执着是基于医术之上的，术中医生决定各种术式是基于医患间的高度信任之上的，超越指南、教科书是基于“一线生机”之上的，而手术的顺利完成是基于医护人员的全身心投入之上的。

作者：长沙市中医医院（长沙市第八医院）东院
康复科主任 高智颖
妇科副主任医师 余建

临终老人的命运
取决于“家庭会议”？

【案例描述】

被确诊为肺癌晚期的闫大爷，经过药物、放疗、化疗等一系列干预手段后，身体非常消瘦，从原来的72公斤下降到50公斤左右。去年2月份以来，老人更是受到癌痛的折磨。为了缓解癌痛，老人一直用着止疼药，先是口服，后来改为静脉注射。去年4月份，闫大爷开始出现持续高烧、昏迷等症状，随后被转到ICU抢救。在ICU病房，他浑身插着管子，还得用鼻饲。

闫大爷是一名退休工人，长期的看病已经耗掉所有的积蓄。子女的家庭并不富裕，除了医保报销部分外，一儿一女还要各自分担约3万元的医药费。其实，早在住院期间，闫大爷就对前来探视的儿女说：“这样太受罪了，最后还不是熬到灯尽油枯！真不如一死了之，早日在天堂见到你们的妈妈。”儿女们听着心痛，但仍然表示不惜一切代价为父亲看病。4月份再次入院后，闫大爷又向儿女们表达了同样的愿望，希望医院不要再抢救自己了。面对父亲的再三恳求，儿子与女儿找到主管医生咨询该怎么办。主管医生建议，不妨召开一次家庭会议商议一下。

在医生办公室，看到主要的家庭成员都到齐了，主管医生首先解释了闫大爷病情的可能发展状况，然后再问家属：针对老人当前的状况，选择继续治疗延续生命，还是顺其自然？家属成员之间出现了意见分歧，有的支持继续治疗，有的希望保守治疗。闫大爷的儿子始终没有表态。他从内心深处是赞同父亲的选择的，但如果遵从父亲的意愿放弃抢救，他担心姐姐、亲友和同事会认为自己不孝顺。在一番纠结后，他还是同意让父亲在ICU继续接受治疗。

此次家庭会议后，医生用尽各种医疗手段维持老人的生命。闫大爷有时清醒，更多的时候是昏迷，他咳血严重，伴随着难以忍受的疼痛，昼夜不停。在ICU又抢救了几天，老人还是撒手人寰。

【伦理评析】

生命最后的时光，是通过积极抢救痛苦地延续生命有限的长度，还是采用舒缓疗法改善生存质量、维护生命尊严呢？面临这样的生死抉择难题，患者家属往往也是莫衷一是。因对生命质量、生命意义、生命价值、生命尊严的理解不同，患者及其家属会产生意见分歧。而且，这种抉择还受社会文化、家庭背景、经济条件以及医学理念的影响，导致在现实层面产生行为差异。案例中主管医生召开家庭会议，让主要的家庭成员发表意见、表达疑虑，有助于医患双方在应对这个生死抉择上达成一致意见。

一般而言，在类似闫大爷这样的临床决策的家庭会议上，家庭成员的态度主要分为三种：一是对患者很依恋，不惜一切代价要求医生全力救治；第二种是家庭经济有困难，考虑到费用问题而被迫放弃；第三种是家属知道抢救也无用或收效甚微，想放弃又不好开口，坚持抢救只是给自己一段可以接受现实的时间罢了。这些意见没有截然的对错之分，但就医学伦理学而言，我们提倡理性的选择。欧洲委员会发布的《临终医疗决定程序指南》（2014年）称：如果某一治疗已不能产生任何效果或其效果与投入相比微乎其微，此时再继续坚持这种治疗即可视为过度治疗或非理性治疗。这份指南所传递的核心理念是：现代医学并非要对每一个走到生命尽头的人实施心脏按压、气管插管、心脏电击等急救措施，而是着眼于如何减轻临终患者身体和精神的痛苦，保证其生存质量，维系死亡尊严。

作者：张新庆 来源：健康报文化频道